

Etude comparative: enquête sur la mortalité des enfants (0 à 6-8 ans) dans la zone de Médor

Chaine des Cahos, 1988 - 2002

Caroline & Tanguy De Voghel,
Evelyne Lavergne et Thijs Hemeryck
Inter Aide, mars 2003

Sommaire

- **1. Introduction**
- **2. Les conclusions en 1988**
- **3. L'enquête 2002**
- **4. Conclusion**
- **Annexe 1 : l'enquête 1998**
- **Annexe 2 : partie 2 de l'enquête 2002, In-zone et Out zone TOTAL**
- **Bibliographie**
- **Voir aussi...**

AVIS IMPORTANT

Les fiches et récits d'expériences "Pratiques" sont diffusés dans le cadre du réseau d'échanges d'idées et de méthodes entre les ONG signataires de la "charte Inter Aide".

Il est important de souligner que ces fiches ne sont pas normatives et ne prétendent en aucun cas "dire ce qu'il faudrait faire"; elles se contentent de présenter des expériences qui ont donné des résultats intéressants dans le contexte où elles ont été menées.

Les auteurs de "Pratiques" ne voient aucun inconvénient, au contraire, à ce que ces fiches soient reproduites à la condition expresse que les informations qu'elles contiennent soient données intégralement y compris cet avis .

1. INTRODUCTION

En 1988, docteur Gérard Brûlé a mené une enquête portant sur la mortalité des enfants âgés de 0 à 6 - 8 ans dans la zone de Médor. Ce travail a été effectué auprès des bénéficiaires du dispensaire de Médor. 14 ans plus tard, nous avons jugé utile de refaire une enquête, la plus fidèle possible à celle effectuée en 1988, en espérant pouvoir comptabiliser l'impact du programme de santé communautaire sur la zone ciblée. Nous voulions aussi comparer les résultats au taux national de mortalité des enfants moins de 5 ans, qui était de 13 % en 1998 (*La situation des enfants dans le monde 2000, UNICEF, 2000*).

2. Les conclusions en 1988

Afin de pouvoir bien comparer les résultats des deux enquêtes, nous reprenons brièvement les conclusions que le Dr. Brûlé a tiré de son travail (Annexe I "Enquête sur la mortalité des enfants de 0 à 6 - 8 ans", Dr. Gérard Brûlé, octobre 1988).

La première partie (auprès 99 femmes enceintes, 15 à 45 ans, suivies régulièrement au dispensaire pour leur grossesse) montrait une mortalité de 30,4 % chez les enfants de 0 à 8 ans, dont la grande majorité avait moins de 5 ans.

La deuxième partie de l'enquête a été faite auprès 204 femmes de 15 à 45 ans, venues consulter au

dispensaire pour une autre raison qu'une grossesse. Cette partie montrait une mortalité de 31,6 % chez les enfants de 0-8 ans, divisé dans différentes catégories. La malnutrition " vitamino-protidique ", c'est à dire, le kwashiorkor, était clairement la première cause de mortalité (32,1% du nombre total). Le Dr. Brulé a fait abstraction du pourcentage d'enfants prématuré & mort-nés du nombre total, arrivant à un chiffre de 26,9%. Il estimait qu'on pourrait ainsi évaluer l'efficacité du programme de santé communautaire dans les années à venir.

Nous tenons à spécifier qu'en marge du rapport, Le Dr. Brulé a noté 5 grossesses par femme. Ceci est un chiffre qui n'entre pas directement dans le sujet étudié, mais que nous estimons important pour pouvoir évaluer l'impact de l'éducation des femmes au niveau du planning familiale.

3. L'enquête 2002

Le début de l'enquête à été menée par nos prédécesseurs, Caroline & Tanguy De Voghel, qui ont chargé l'auxiliaire principal du dispensaire de Médor d'effectuer la première partie de l'enquête. L'auxiliaire a questionné les femmes enceintes, suivies au dispensaire pour leur grossesse, pendant la période de juin à fin octobre 2002. Pour la deuxième partie, ils ont formé un agent de santé sur la démarche à suivre au courant de l'enquête, c'est à dire, un court questionnaire auprès les femmes venues consulter au dispensaire pour une autre raison qu'une grossesse. L'agent a fait cette partie du travail de mai à juillet 2002. Pour bien montrer les différences, nous avons choisi de donner les résultats de 1988 avec ceux de 2002, et d'indiquer l'évolution des chiffres.

3.1. La première partie

L'auxiliaire a questionné 100 femmes en suivi prénatal au dispensaire, toutes habitantes de la zone couverte par les activités du programmes santé. Les femmes étaient toutes âgées de 18 à 49 ans d'âge, la moyenne d'âge étant 30 ans. 7 femmes étaient primipares et les autres 93 totalisent en cours).

Après l'analyse les données, nous avons obtenu les résultats suivants:

	2002	1988
Nombre de grossesses	406	335
Enfants vivants	295	217
Fausses couches	31	
Enfants décédés	80	95
Mortalité des 0 à 6-8ans	21,3%	30.4%

Nous observons une réduction de la mortalité de 9,1 %.

Cela donne une diminution de la mortalité des enfants de 0 à 6- 8 ans de 30 %, sur les 14 ans. En chiffres absolus il y a 15 décès en moins.

Commentaires sur ces données:

- a) Le chiffres des enfants décédés comprends les décès par prématurité et les mort-nés (nombre total:15)
- b) Le nombre d'enfants né à terme : $406-31=375$
Avec ce chiffre nous avons calculé le taux de mortalité des enfants 0 à 6-8 ans

3.2 La deuxième partie

L'agent a questionné en total 233 femmes, dont 208 qui venait de la zone couverte par les activités du programme santé. Elle a porté attention sur le nombre de grossesses, le nombre d'enfants décédés et la

cause probable du décès. Pour rapprocher le plus possible l'enquête de 1988, et regarder vers l'influence de notre activité, nous avons choisi de travailler avec les données IN zone (l'ensemble des données IN et OUT zone sont en annexe 2). Spécifions que l'influence des chiffres OUT zone est négligeable point de vue statistique, et que nous estimons que le nombre de femmes OUT zone est trop petit pour être représentatif en soi.

TABLEAU 1 : Grossesses et mortalité d'enfants O à 6-8 ans

	Grossesses	Naissances	Enfants vivants (**)	Enfants décédés(**)
In Zone 2002	704	713 (*)	570	143
Total 1988	1014	988	676	312

* 9 jumeaux

** données collectées avant 10/7/02

Ces chiffres montrent une mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans de 20 % IN zone, ainsi que 3,4 grossesses par femme, comparé à 31,6% et 5 grossesses par femmes en 1988.

En comparant les pourcentages nous voyons une réduction de 11,6 % dans la mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans. Cela donne un déclin de la mortalité de 36,7% sur 14 années.

En chiffre absolu il y a une diminution de 169 décès.

En plus nous remarquons une baisse du nombre de grossesses par femme de 1,6.

TABLEAU 2 : Cause de décès chez les enfants de O à 6-8 ans

Causes décès	Nombre IN zone	Pourcentage IN zone	Nombre 1988	% 1988
Malnutrition	29	20.3%	100	32.1%
Tétanos	7	4.9%	36	11.5%
Diarrhée	19	13.3%	52	16.7%
Prématurés & Mort-nés	45	31.5%	46	13.7%
Autres	43	30.1%	78	25%
Total	143		312	

Remarques sur les données

a) Dans l'enquête nous avons appliqué les mêmes critères que de Dr. Brulé en 1988 par rapport au catégorie de décès, vous les trouverez en annexe 1.

b) Vous remarquez que le nombre de naissances en 2002 est supérieur au nombre de grossesses. Ceci nous fait pensé que l'agent de santé a inclus tout les enfants prématurés comme des naissances.

4. Conclusions

Nous avons vu les résultats des deux enquêtes. Bien qu'ils contiennent certainement des imprécisions dues aux conditions de terrain, ils nous donnent une image de l'impact du programme de santé communautaire sur la zone de Médor.

A) Le taux de mortalité des enfants de O à 6-8 ans est de 20 % dans la deuxième enquête. Ceci est encore très élevé, mais nous observons une évolution positive par rapport au taux de 1988. (Le taux de mortalité baissé d'environ un tiers). Nous voyons que la catégorie "décès prématuré & mort-nés" vient en tête comme cause de mortalité en 2002. En chiffres réels cette catégorie ne change pas, mais à cause de la baisse des

autres catégories de décès, elle se retrouve en première position. Cela veut dire qu'il y a clairement une influence positive du programme de santé communautaire sur la prévalence de tétanos néonatale, la prévention & le traitement de la diarrhée, le nombre de cas de malnutrition et leur traitement et l'accessibilité des soins de santé de base dans la zone.

B) En faisant la même abstraction que le Dr. Brulé en 1988, la mortalité - la mortalité à cause de " décès prématuré & mort nés ", nous trouvons un chiffre de 98 enfants décédés, ce qui donne donc un taux de mortalité de 17,1 % comparé à 26,9 % en 1988.

Cependant, nous voyons que, malgré beaucoup de travail sur le sujet, la malnutrition cause encore un décès sur cinq. Nous pensons qu'il serait donc utile d'optimiser la prévention et le suivi des malnutris mais nous voulons souligner le sujet " malnutrition " reste tabou, et qu'il est donc difficile d'amener les gens à consulter et surtout à leur faire prendre les mesures préventives & curatives. (Les cas de malnutrition présentent 5,5% des consultations pour les enfants moins de 5 ans dans le rapport annuel 2002).

C) Le taux de mortalité dans la première partie est légèrement plus élevé que celui de la deuxième partie (21,3% par rapport à 20 %) mais en 2002 nous ne pouvons plus dire que les femmes enquêtées font partie de la couche "la plus évoluée" de la population (comme Dr. Brulé l'estimait en 1988). Dans la première partie nous constatons également une augmentation légère du nombre d'enfants par femme : 5,36 en 2002 et 4,81 en 1988 (grossesses précédentes + grossesse présente par femme multipare en 2002 $(406+93)/93 = 5.36$ et en 1988 $(335+87)/87 = 4.85$). Cette augmentation, avec l'âge moyen de consultation assez élevé (30 ans) nous fait penser que les femmes viennent surtout aux consultations prénatales si elles ont eu des problèmes lors d'une des grossesses précédentes.

D) Dans la deuxième partie nous avons trouvé 3,4 enfants par femme, cela signifie une baisse de 1,6 enfants par femme. Ce chiffre montre que les femmes ont tendance à avoir moins d'enfants, mais vu le faible taux d'utilisation des méthodes de planning (8.46% le 1.12.2002), nous pensons que ce chiffre est sous-estimé.

E) Si nous comparons le taux de mortalité des enfants 0 à 6-8 ans dans la zone de Médor (20%) avec le taux national pour les 0-5 ans (13%) , nous voyons un écart de 7%.

Tenant compte de l'isolement de la zone et de la différence du groupe d'âge, nous estimons que la situation à Médor n'est pas très différente de la moyenne nationale des zones rurales isolées (nous n'avons pas trouvé de taux de mortalité en zone rurale dans la littérature).

Conclusion générale : nous voyons une influence positive du programme de santé communautaire sur la taux de mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans dans la zone de Médor. Cela nous encourage à continuer notre travail avec la communauté en accentuant encore plus notre volet de nutrition.

Programme de santé communautaire de Médor
Chaîne des Cahos
Octobre 1988

Enquête sur la mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans

Docteur Gérard Brûlé - Responsable de programme

Au cours de nos activités de santé communautaire dans la chaîne des CAHOS (HAITI), nous avons mené auprès des femmes consultant au dispensaire de MEDOR, deux enquêtes rétrospectives sur la mortalité des enfants âgés de 0 à 6-8 ans.

Le travail s'est étalé de juin à août 88.

La première enquête a porté sur 99 femmes enceintes suivies régulièrement au dispensaire pour leur grossesse.

Ces femmes sont âgées de 15 à 45 ans; 15 parmi elles sont des primipares. Les 84 autres totalisent 335 grossesses en dehors de celle pour laquelle elles sont actuellement suivies, soit à peu près 5 grossesses par femme en comptant la dernière pour laquelle elles sont venues au dispensaire.

L'interrogatoire de ces mères de famille a permis de dégager les résultats suivants:

Nombre de grossesses:	335
Enfants vivants :	217
Enfants décédés:	95 soit 30,4% des naissances.
Fausse couches	23

Plusieurs commentaires doivent être apportés à ces données:

- a) Le chiffre des enfants décédés comprend également les décès par prématurité et les enfants mort-nés
- b) Le terme " fausse-couche " doit être compris comme une interruption de grossesse survenant au cours des six derniers mois. En effet, nous avons affaire à une population qui le plus souvent ignore tout du calendrier en général, et de celui d'une grossesse en particulier.
 Une fausse couche dans les 3 premiers mois est considérée comme une "hémorragie", la femme est alors " en perdition " jusqu'à l'aboutissement normal d'une grossesse ultérieure; mais dans l'esprit de la femme, celle-ci reste enceinte même si cet état de chose dure plusieurs mois ou plusieurs années. Ainsi, il n'est pas rare qu'une femme vous soutienne quelle est enceinte depuis un ou deux ans, seulement " l'enfant ne grossit pas ".
- c) Il est très difficile, dans un pays où les gens pour la plupart ne connaissent pas leur âge, de définir celui des mamans et encore plus celui des enfants décédés antérieurement. Dans la présente étude, Ces décès concernent des enfants âgés de moins de 8 ans environ, parmi lesquels l'immense majorité est décédée avant cinq ans.
- d) Les femmes du présent échantillon font partie de la couche la plus évoluée de la population puisqu'il s'agit là de femmes non malades qui viennent consulter régulièrement pour le suivi de leur grossesse.
- e) Le nombre d'enfants supposés nés à terme est de $335 - 23 = 312$ (avec toute l'imprécision due au manque de référence temporelle). On-peut alors évaluer le taux de mortalité des enfants de 0 à 8 ans

II. La deuxième enquête a été réalisée auprès de 204 femmes en âge de procréer (15 à 45 ans) venues consulter au dispensaire pour une cause autre qu'une grossesse.

Le questionnaire a porté non seulement sur le nombre de grossesses d'enfants décédés, mais aussi sur les causes probables de ces décès.

TABLEAU 1:

Nombre de femmes interrogées	204
Nombre de grossesses	1014 soit environ 5 grossesses par femme
Nombre de gestantes de plus de 4 mois :	26
Nombre de naissances :	988
Nombre d'enfants vivants au 31/08/88	676
Nombre d'enfants décédés	312 soit une mortalité de 316‰

TABLEAU 2: Principales causes de mortalité.

Causes du décès	Nombre	Pourcentage
Malnutrition (Kwashiorkor)	100	32.1 %
Tétanos ombilical	36	11.5 %
Diarrhée	52	16.7 %
Prématurité et mort-nés	46	14.7 %
Autres	78	25 %
Total	312	100 %

REMARQUES.

1) Le chiffre plus élevé du taux de mortalité retrouve dans ce deuxième échantillon semble bien confirmer que les femmes suivies pour leur grossesse appartiennent à une couche de population plus évoluée que le "tout venant" qui ne fréquente que la consultation générale.

2) L'interrogatoire s'est assuré que la mortalité juvénile relevée ici concerne les enfants de moins de 8-10 ans: malgré les imprécisions imputables au contexte, il est certain que la grande majorité des décès rapportés ici intéresse des enfants de moins 5 ans.

3) La mortalité pour cause de malnutrition est affirmée sur les critères suivants:

- o décès survenu au décours du sevrage
- o oedèmes chroniques des membres,
- o pas de fièvre,
- o pas de toux.

4) La mortalité par tétanos ombilical est affirmée lorsque:

- o l'accouchement s'est bien passé,
- o l'enfant est mort entre deux 3 jours et deux semaines après la naissance.
- o Le corps était raide,
- o l'enfant était dans l'impossibilité de téter,
- o il n'avait pas ou peu de fièvre,

o il ne toussait pas.

5) La mortalité par diarrhée est affirmée lorsque celle-ci apparaît comme le seul symptôme existant avec ou sans fièvre.

III. CONCLUSION

Malgré les imprécisions dues aux conditions de terrain, plusieurs conclusions s'imposent à l'esprit:

- Le taux de mortalité des enfants est très élevé, certainement supérieur 310‰.
- Si nous faisons abstraction des cas de prématurité et d'enfants mort-nés, nous trouvons dans la deuxième enquête un chiffre de 266 enfants décédés dans la première enfance, soit un taux de mortalité de 269 ‰. C'est au niveau de ce dernier chiffre que notre action en santé communautaire doit faire sentir son efficacité dans les années à venir.
- La malnutrition vitamino-protidique vient largement en tête des causes de mortalité des premières années de la vie. Ce chiffre important laisse imaginer aisément le nombre considérable des enfants souffrant de malnutrition à un degré moindre c'est-à-dire n'entraînant pas la mort mais suffisant pour causer un retard de croissance physique et intellectuel. Il est certain que dans les années à venir, nous devons continuer à nous attaquer tout particulièrement à ce problème bien qu'il s'agisse du plus difficile à résoudre. Nous comptons beaucoup sur les comités santé actuellement en formation pour nous aider à ce niveau.
- Les autres causes de mortalité devraient diminuer rapidement, à mesure que le nombre d'agents de santé et de matrones formés sur la zone augmentera.

En résumé, ce travail ne nous apprend rien que nous ne savions déjà en ce qui concerne l'état déplorable du niveau de santé général des populations isolées d'HAÏTI.

Cela nous conforte dans notre ligne de conduite, à savoir qu'il est particulièrement utile de poursuivre notre effort dans le domaine de la santé communautaire dans les CAHOS

Il faut toutefois noter que le chiffre élevé des décès par malnutrition dépasse ce que nous avons imaginé (les cas de malnutrition ne représentent que 5% des consultations en dispensaire dans le rapport CAHOS SANTE de 87), bien que nous ayons toujours mis l'accent sur ce problème depuis le début du programme.

Annexe 2 : partie 2 de l'enquête 2002, In-zone et Out zone TOTAL

1. Grossesse et mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans

	grossesses	naissances	enfants vivants ***	Enfants décédés ***
IN zone	704	713 *	570	143
OUT zone	69	65 **	53	12
Total 2002	773	778	623	155
Tot 1988	1014	988	676	312

* 9 jumeaux

** 4 gestantes

*** le 10/7/2002

2. Causes des décès

Causes décès	Nombre IN zone	% IN zone	Nombre OUT	% OUT zone	Nombre TOTAL	% TOTAL	NB 1988	% 1988
--------------	----------------	-----------	------------	------------	--------------	---------	---------	--------

			zone					
malnutrition	29	20.3%	2	16.7%	31	20%	100	32.1%
tétanos	7	4.9%	0	0%	7	4.5%	36	11.5%
diarrhée	19	13.3%	2	16.7%	21	13.5%	52	16.7%
prématurés et morts-nés	45	31.5%	6	50%	51	32.9%	46	13.7%
autres	43	30.1%	2	16.7%	45	29%	78	25%
TOTAL	143		12		155		312	

Tanguy et Caroline de Voghel furent responsable du programme de Médor à partir de juillet 2000. Evelyne Lavergne et Thijs Hemeryck les ont remplacé à partir de 2002.

Bibliographie

- **Health Nutrition Model : Application in Haïti, Vietnam and Bangladesh**, Edited by Olga Wollinka, Eric Keeley, Barton R. Burkhalter, Naheed Bashir, World Relief Basics.

- **Haïti, terre cassée**, Claire Sugier

- [Mères pouvoir et santé en Haïti](#), J.Tremblay, Karthala Fiche de lecture remise à jour et complétée 9.10.07

- Paysan haïtien et sa famille, Tallée de Morbial, Bastien R., Ed. Karthala

Voir aussi...

* La [bibliographie pratique Santé](#)

* [Rapport d'analyse causale de la situation nutritionnelle dans l'UF 12 \(Cahos, Haït\)](#) Laurence Martin-Collignon, juillet 2000

* [Les causes agricoles de la malnutrition aigüe : recherche d'un mode de collaboration entre les programmes agro et santé des Cahos, \(Haïti\)](#) Fabio et Anne-Sophie Sarmiento da Silva, juillet 2000

* [Approche des problèmes nutritionnels dans la région des Cahos en Haïti \(les "Ti Comité Foyers"](#) Dominique Roberfroid, 1995

* **Rapports à thèmes Cahos" à la disposition des membres de Pratiques sur demande :**